

RESULTADO DE INVESTIGACIÓN

Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos*

Satisfaction and motivation of cosmetic surgery in women and the relation with early maladaptive schemas

Recibido: 23 de junio de 2016/Aceptado: 27 de marzo de 2017
<http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2543>

María Paula Moretti¹, Leandro Casari²
Pontificia Universidad Católica Argentina

Palabras clave:

Cirugía estética, Mujeres, Esquemas Desadaptativos Tempranos, Satisfacción y Motivación.

Key words:

Cosmetic Surgery, Women, Early Maladaptive Schemas, Satisfaction and Motivation.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue investigar los Esquemas Desadaptativos Tempranos (EDT) en mujeres con cirugías estéticas, e indagar si existían relaciones con: satisfacción, motivación hacia nuevas cirugías y variables relacionadas a la intervención quirúrgica. Se trabajó con una muestra de 67 mujeres de entre 18 y 40 años con al menos una cirugía, administrando el Cuestionario Esquemas Desadaptativos Tempranos de Young y una encuesta Ad Hoc. Como resultado el esquema Estándares Inflexibles se encontró en más del 50 % y se encontraron correlaciones significativas con las variables analizadas: motivación, satisfacción y variables quirúrgicas con EDT (cantidad, edad y antigüedad). Se discuten los resultados en función de la influencia entre los EDT y las intervenciones quirúrgicas estéticas.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the Early Maladaptive Schemas (EMS) in women who have undergone cosmetic surgeries (CS) and to research if there was a relation to the satisfaction with the CS, the motivation to undergo more surgeries and the variables related to cosmetic surgery. A non-experimental, cross-sectional, descriptive correctional study was carried out. The deliberately selected sample was comprised of 67 women between 18 and 40 years old who had undergone, at least, one cosmetic surgery. Data was collected from the responses to Jeffrey Young's questionnaire entitled Early Maladaptive Schemas and an ad hoc survey. As a result, from the investigation, it was observed that the schema of Unrelenting Standards was found in more than 50 % of the sample, and meaningful correlations with the analyzed variables were found: motivation, satisfaction and surgical variables with EMS (quantity, age and age of the first one). The results are discussed in relation to the influence among the EMS and the cosmetic surgeries.

**Referencia de este artículo (APA):**

Moretti, M. & Casari, L. (2017). Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos. *Psicogente*, 20(38), 222-239. <http://doi.org/10.17081/psico.20.38.2543>

- * Artículo derivado: Este artículo es producto de la tesis de Licenciatura en Psicología titulada: "Satisfacción y motivación de las cirugías estéticas en mujeres, y su relación con Esquemas Desadaptativos Tempranos", realizada en la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina (2015)
1. Psicóloga. Docente, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Pontificia Universidad Católica Argentina. Email: morettimariapaula@gmail.com <http://orcid.org/0000-0001-6014-192X>
 2. Doctor en Psicología. Docente, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Pontificia Universidad Católica Argentina. Email: lmcasari@mendoza-conicet.gov.ar <http://orcid.org/0000-0002-0139-0798>

Introducción

En investigaciones recientes se ha reconocido que existe un crecimiento de una cultura de consumismo en donde el culto del cuerpo se ha vuelto un fenómeno de masas y ha asumido una importante dimensión social (Dorneles de Andrade, 2010; Henderson-King & Brooks, 2009). A su vez, se ha concluido que los medios de comunicación masivos juegan un papel esencial en la determinación del ideal de belleza física, en las percepciones y valoraciones acerca del cuerpo en la actualidad, como también que influyen positivamente la actitud hacia la cirugía estética e incluso promueven a la decisión de llevarla a cabo (Aafjes, 2008; Markey & Markey, 2010; Sharp, Tiggemann & Mattiske, 2014; Sperry, Thompson, Sarwer & Cash, 2009; Swami, Taylor & Carvalho, 2009).

Diversos autores coinciden a la hora de definir a la cirugía estética como un procedimiento quirúrgico que se realiza no con el objetivo de sanar una patología en el paciente sino de modificar su cuerpo de modo tal que le permita acercarse a un ideal estético y se sienta, por lo tanto, más deseable frente a un otro (Khoo, 2009; Mc Latchie & Leaper, 2006, citado en Rodríguez Palacios, 2010; Prado, Andrades, Sepúlveda, Benítez & De Carolis, 2005; Ziglinas, Menger & Georgalas (2014). Argentina, no ha sido un país fuera de esta tendencia. La Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética -ISAPS creó la encuesta global bianual de la ISAPS. Con ella, expertos en estadísticas independientes han obtenido y analizado información internacional y confiable sobre esta moda de la cirugía estética revelando una jerarquía de 25 países de procedimientos tanto quirúrgicos, como no quirúrgicos, quedando Argentina en lugar número 11.

En los últimos años, se han realizado diversas in-

vestigaciones que han podido reconocer diferentes relaciones entre variables psicosociales con las intervenciones quirúrgicas estéticas.

Por un lado, no solo se ha reconocido una influencia de los mecanismos y mensajes socioculturales (consumismo, medios de comunicación masivos, imágenes de publicidades, programas televisivos, adoración de celebridades, objetivización de la mujer) sino también de los otros significativos (relaciones de pareja y sistemas familiares) en el anhelo y toma de decisión de llevar a cabo estas cirugías (Acuña, 2010; Calogero, Pina, Park & Rahemtulla, 2010; Calogero, Pina & Sutton, 2014; Castañeda *et al.*, 2013; Markey & Markey, 2010; Sperry *et al.*, 2009; Swami & Mammadova, 2012; Swami *et al.*, 2009).

Por otro lado, se han reconocido motivaciones personales para realizar una cirugía estética. Las mismas no solo se encuentran articuladas a términos y aspectos físicos sino también psicológicos como, por ejemplo, búsqueda de mayor confianza en sí mismos (Adams, 2010; Nikolic, Janjic, Marinkovic, Petrovih & Bozic, 2013; Rubin, Klassen, Cano, Hurley & Pusic, 2009).

A su vez, se ha determinado la presencia de rasgos y características psicopatológicas de personalidad en sujetos con anhelo de someterse a cirugías estéticas o próximos a realizarla, tales como: predominio de insatisfacción corporal, llegando en ocasiones a trastornos de la imagen corporal como el trastorno dismórfico corporal, bajos niveles de autoestima, altos niveles de depresión y ansiedad y trastornos de personalidad (personalidades narcisistas e histriónicas) (Acuña, 2010; Akbudak *et al.*, 2013; Carrion, 2011; Chung-Sheng, Su-Shin, Yi-Chun & Cheng-Sheng, 2010; Dakanalis *et al.*, 2013; Moss & Harris, 2009; Nikolic *et al.*, 2013; Pullido Garzón, 2015;

Shridharani, Magarakis, Manson & Rodriguez, 2010; Von Soest, Kvalem & Wichstrom, 2012).

Por último, también se han encontrado diferencias significativas entre el antes y el después de la cirugía estética en variables psicológicas: disminución de depresión o sintomatología depresiva y de niveles de ansiedad, incremento de la valoración subjetiva positiva de la imagen corporal y niveles de extroversión y mejoramiento tanto de la autoestima, como de la calidad de vida y relaciones de pareja (Benito Ruiz, Botella García del Cid & Ribas Rabert, 2010; Eriksen, 2012; Magdziarz-Orlitz, Gerlicz-Kowalczyk & Dzionkowska-Bartkwoiak, 2012; Moos & Harris, 2009; Rankin, Borah, Perry & Wey, 1998; Von Soest, Kvalem, Skolleborg & Roald, 2009; Von Soest *et al.*, 2012).

Es importante destacar que se ha reconocido cierta cuota de agresividad presente en los procesos quirúrgicos. Toda cirugía representa una invasión hacia el cuerpo del paciente que daña antes de curar. Se trata de una experiencia que implica temor, dolor, incomodidad, disminución de la autonomía, pérdida del control sobre tiempo y espacio y que está sujeta a diversas complicaciones y riesgos, aun de muerte. Se la podría describir como una de las formas más demostrativas de cómo un paciente pone, literalmente, su vida en manos de un médico cirujano (Ferrerres & Manrique, 2014).

A partir de estas relaciones encontradas entre variables psicosociales con las intervenciones quirúrgicas estéticas, mas el reconocer esta agresividad presente en el proceso de la cirugía, se ha hecho énfasis en la importancia de un proceder ético del médico, incluso desde los momentos previos de la cirugía y se ha debatido la necesidad de inclusión del psicólogo a lo largo de todo el proceso. Es en el momento preoperatorio en donde se

han centrado la mayoría de los autores. Dentro de esta primer etapa, se ha descrito al proceso de selección de pacientes como aquel que permitiría detectar pacientes con ciertas características o trastornos psicológicos que causarían bajos niveles de satisfacción ante el resultado de las cirugías estéticas, generando un procedimiento quirúrgico poco exitoso (Chatham, 2012; Chung-Sheng *et al.*, 2010; Dakanalis *et al.*, 2013; Ericksen & Billick, 2012; Harth, 2010; Herrero Zerpa y Rondón, 2004; Khoo, 2009; Koppmann Attoni, 2004; Mulkens *et al.*, 2012; Shridharani *et al.*, 2010; Vitolo, 2009; Ziglienas, Menger & Georgalas, 2014).

Una variable psicológica cognitiva poco estudiada en relación a las cirugías estéticas han sido los esquemas desadaptativos tempranos (EDT). Solo se encontró un estudio que analizó los EDT en mujeres sin cirugías estéticas hallando que el esquema Desconfianza/Abuso predice la aceptación de intervenciones quirúrgicas estéticas, entendiendo por aceptación una actitud favorable y motivación para realizarla en un futuro (Pulido Garzón, 2015).

Los EDT son el concepto principal del modelo cognitivo generado por el Dr. Jeffrey Young. Según este modelo, los niños, al desarrollarse, tienen cinco tareas primarias: autonomía, conexión, valoración, expectativas razonables y límites realistas. Cuando los padres y el ambiente social no son óptimos, los niños se encuentran vulnerables a desarrollar EDT en una o más de las áreas. Cabe destacar que también los factores biológicos y temperamentales juegan un papel fundamental en este desarrollo cognitivo. Los EDT, por lo tanto, son esquemas cognitivos desarrollados durante la infancia que luego persisten durante toda la vida, resistiéndose al cambio y siendo organizadores para el funcionamiento conductual y emocional. Se trata de patrones cognitivos estables

y creencias disfuncionales acerca de sí mismos y del ambiente, que constituyen la base para el procesamiento e interpretación de experiencias. Su disfuncionalidad genera consecuencias negativas y pueden llevar, directa o indirectamente a relaciones destructivas, rendimiento laboral inadecuado, adicciones, trastornos psicológicos, conductas autodestructivas, experiencias interpersonales negativas o que perjudican a los demás (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Aunque la teoría de los EDT fue formulada hace más de 20 años, pueden encontrarse investigaciones donde dicha variable es estudiada en una diversidad de temáticas (Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón & Sánchez-Ortiz, 2008; Bahamón Muñetón, 2013; Ferrel, Peña, Gómez y Pérez, 2009; Ferrel Ortega, González Ortiz & Mazeneth, 2013; León, Salazar y Puerta, 2013; Londoño *et al.*, 2012; Restrepo y Zambrano Cruz, 2013) como también libros de Jeffrey Young donde propone actualizaciones sobre la temática (Riso, Du Toit, Stein & Young, 2002; Young *et al.*, 2003).

Si estos esquemas constituidos en las primeras etapas del desarrollo persisten a lo largo de la vida organizando el funcionamiento general de la persona, podría pensarse, por lo tanto, que condicionan la motivación para realizar una cirugía estética y la respuesta o grado de satisfacción ante ella. Es a partir de ello que se plantean los siguientes objetivos de investigación. En primer lugar, describir los EDT en mujeres adultas que se hayan realizado al menos una cirugía estética. En segundo lugar, analizar si existe alguna relación entre estos EDT y la satisfacción con la última cirugía estética realizada, como también con la motivación para realizar nuevas cirugías de este tipo en un futuro. Por último, el tercer objetivo establecido, es indagar si existen rela-

ciones significativas entre los EDT con variables relacionadas a las intervenciones quirúrgicas estéticas, tales como la cantidad y tipo de cirugías estéticas realizadas y la edad y antigüedad de la primera; y, por otro lado, si existen relaciones significativas entre dos variables socio-demográficas, estado civil y nivel de escolaridad, con las variables de satisfacción frente a la última cirugía estética y motivación para realizar nuevas cirugías de este tipo.

Método

Diseño

Se trabajó con un diseño no experimental, cuyo alcance fue descriptivo-correlacional (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista Lucio, 2014).

Participantes

La muestra, de carácter no probabilística intencional (dirigida), está conformada por un total de 67 mujeres que se han realizado al menos una cirugía estética en su vida. La edad promedio es de $27,2 \pm 4,9$. En cuanto al estado civil el 80,6 % de la muestra se encuentran solteras mientras que el porcentaje restante (19,4 %) se encuentran casadas. En relación al nivel de escolaridad, la mayoría de las mujeres han concluido sus estudios secundarios (44,8 %) y terciarios/universitarios (53,7 %). A su vez, varios fueron los datos recolectados con respecto a las cirugías estéticas realizadas: de acuerdo a la cantidad, la mayoría de las mujeres (85,1 %) solo se han realizado una sola cirugía estética mientras que el 14,9 % restante de las mujeres se han realizado dos cirugías hasta el momento. La edad promedio al realizar la primera cirugía estética es de $22,43 \pm 4,19$, con una antigüedad de $4,8 \text{ años} \pm 3,29$. Por último, el tipo de cirugía estética más frecuente es la mamoplastia (59,7 %), seguido de rinoplastia (23,9 %) y abdomenoplastia (3 %).

Instrumentos

Para la medición y evaluación de las variables se utilizaron dos instrumentos:

1. Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos (CEDT)

El Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos- Versión 1 (Young Schema Questionnaire) fue diseñado por Jeffrey Young en el año 1990 (Young, 1990). Si bien con el correr de los años Young ha llevado a cabo diferentes versiones del cuestionario a partir de revisiones teóricas de los esquemas tempranos y sus agrupaciones (López Pell, Rondón & Cellerino 2012), en el presente estudio se utiliza la primera versión, traducida por Piracés (1995).

Existe diversidad de investigaciones que han utilizado alguna de las versiones del instrumento, ya sea la original o la abreviada, contando con adaptaciones en Brasil, Colombia, España, Japón, México, Perú, entre otros países (Calvete, Estévez, López de Arrayobe & Ruiz, 2005; Cazassa, 2007; Cid, Tejero & Torrubia, 1997; Glaser, Campbell, Calhoun, Bates & Petrocelli, 2002; León & Sucari, 2012; Oshima *et al.*, 2014; Young *et al.*, 2003).

Se trata de un cuestionario que evalúa la presencia (o no) de 15 esquemas tempranos desadaptativos distribuidos en cinco dimensiones a partir de 123 ítems que el sujeto debe responder por sí o por no según correspondan a una descripción de sí mismo (Castrillón *et al.*, 2005; López Pell *et al.*, 2012).

Las cinco dimensiones y sus 15 esquemas desadaptativos que evalúa son los siguientes:

1. Autonomía: Dependencia, Sometimiento/Carencia de individualismo, Vulnerabilidad frente al daño, Miedo a perder el autocontrol.
2. Conexión con el mundo: Deprivación emocional, Abandono/Pérdida, Desconfianza, Aislamiento social/Alienación.
3. Valoración: Defectos/Despreciabilidad, Indeseabilidad social, Incompetencia/Fracaso, Culpa/Castigo, Culpa/Vergüenza.
4. Expectativas Razonables: Estándares inflexibles.
5. Límites realistas: Límites insuficientes.

Tras la administración, se procede a evaluar cada esquema por separado, calculando el porcentaje de respuestas afirmativas. Se considera que aquellos sujetos que hayan respondido afirmativamente a un 60 % o más de los ítems correspondientes a alguno de los EDT, será considerado que dicho esquema está activado.

La confiabilidad del cuestionario fue calculada a través de The Kunder-Richardson Formula 20 (KR-20) encontrando valores aceptables (.92).

2. Encuesta Ad Hoc

Es un instrumento creado específicamente para la presente investigación que se compone de las siguientes tres partes. La primera parte consta de una encuesta sociodemográfica en la que se recabaron datos sobre edad, estado civil, nivel de escolaridad, cantidad y tipo de cirugías estéticas realizadas hasta el momento, edad en que se realizó la primera cirugía estética y los años de antigüedad de esta primera operación. La segunda parte consta de una escala con formato de respuesta tipo Likert del 1 al 4 para conocer el nivel de satisfacción que presenta la mujer con respecto a la última cirugía estética realizada (1=Totalmente insatisfecha, 2=Moderadamente insatisfecha, 3=Moderadamente satisfecha, 4=Totalmente satisfecha). La tercera parte consta de una segunda escala también con formato de respuesta tipo Likert del 1 al 4 para conocer el grado de motivación

que presenta la mujer para realizar nuevas cirugías estéticas en un futuro (1=Totalmente desmotivada, 2=Moderadamente desmotivada, 3=Moderadamente motivada, 4=Totalmente motivada).

Procedimiento

Las mujeres se contactaron a través de diversas instituciones de salud que realizan cirugías estéticas en la ciudad de Mendoza, Argentina. En un primer momento, se realizó una entrevista con los directivos de las mismas donde manifestaron su aceptación para colaborar con la investigación.

Del listado de pacientes (y expacientes), se contactaron telefónicamente donde se comentó el propósito de la investigación. Aquellas mujeres que manifestaron su interés en participar se las citó en la institución donde fueron intervenidas y se les administraron los instrumentos de forma individual, previa firma del consentimiento informado.

La recolección de datos transcurrió entre los meses de mayo y agosto, de 2015. Los análisis se realizaron con el procesador estadístico SPSS 22.0.

Resultados

En función al primer objetivo de investigación, describir cuáles son los EDT en mujeres argentinas adultas que se hayan realizado al menos una cirugía estética, se analizaron las frecuencias de mujeres con esquemas activados. Se observó que solo dos esquemas no se encontraron activados en ninguna participante de la muestra: Indeseabilidad Social e Incompetencia/Fracaso. A su vez, el esquema Estándares Inflexibles se encuentra activado en más del 50 % de la muestra, mientras que

los 12 restantes, se encuentran activados en menos del 50 % (Ver Tabla 1 y Figura 1).

Tabla 1. EDT en mujeres adultas con cirugías estéticas (n=67)

EDT	M (DE)	Activado	Desactivado
Dependencia	.71 (1.01)	3 %	97 %
Sometimiento	2.92 (2.49)	1.5 %	98.5 %
Vulnerabilidad frente al daño	2.85 (1.88)	3 %	97 %
Miedo a perder el autocontrol	1.31 (1.58)	6 %	94 %
Deprivación Emocional	1.23 (2.13)	4.5 %	95.5 %
Abandono/Pérdida	1.11 (1.24)	6 %	94 %
Desconfianza	1.88 (2.13)	4.5 %	95.5 %
Aislamiento Social	.55 (.97)	4.5 %	95.5 %
Defectos/Despreciabilidad	.73 (.56)	1.5 %	98.5 %
Indeseabilidad Social	1.44 (.83)	0 %	100 %
Incompetencia/Fracaso	.38 (.81)	0 %	100 %
Culpa/Castigo	1.43 (1.29)	1.5 %	98.5 %
Culpa/Vergüenza	.71 (1.13)	7.5 %	92.5 %
Estándares Inflexibles	6.14 (2.60)	52.2 %	47.8 %
Límites Insuficientes	2.95 (2.14)	25.4 %	74.6 %

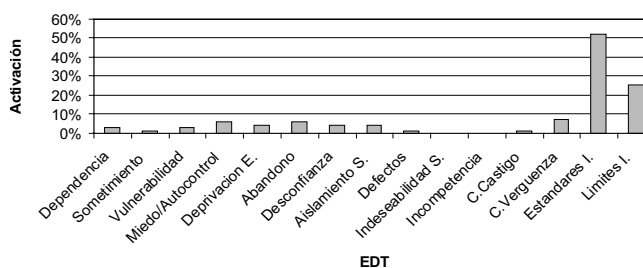


Figura 1. Activación de los EDT en mujeres adultas con cirugías estéticas (n=67)

A partir del segundo objetivo: analizar si existe relación entre los EDT con la satisfacción con la última cirugía estética realizada, y con la motivación para realizar nuevas cirugías estéticas; se analizó si existían correlaciones significativas entre los EDT con estas variables

aplicando el coeficiente de correlación Spearman ya que dos variables (Satisfacción/Motivación) presentan nivel de medición ordinal.

Tabla 2. Correlaciones significativas entre EDT y satisfacción/motivación (n=67)

		Satisfacción	Motivación
Dependencia	rho	n.s.	.272
	p		.026
Deprivación Emocional	rho	n.s.	.264
	p		.031
Aislamiento Social	rho	-.374	n.s.
	p	.002	
Indeseabilidad Social	rho	n.s.	.247
	p		.044
Incompetencia/Fracaso	rho	n.s.	.246
	p		.045

Nota: Solo se expresan en la Tabla aquellas correlaciones significativas ($p < .05$)

En relación a la satisfacción de la mujer con respecto a la última cirugía estética realizada se encontraron dos correlaciones significativas negativas de pequeña intensidad ($rho < .50$) según Martínez Ortega, Tuya Pendás, Martínez Ortega, Pérez Abreu & Cánovas (2009), con Estándares Inflexibles ($p < .05$) y Aislamiento Social ($p < .01$): A mayor valor de los esquemas Aislamiento Social y Estándares Inflexibles, menor grado de satisfacción con respecto a la última cirugía estética realizada.

Con respecto a la variable motivación hacia nuevas cirugías estéticas, se observan correlaciones significativas de pequeña intensidad débil ($rho < .50$) según los criterios de Martínez Ortega *et al.* (2009), con los siguientes esquemas: Dependencia ($p < .05$), Deprivación Emocional ($p < .05$), Indeseabilidad Social ($p < .05$), Incompetencia/Fracaso ($p < .05$), Límites Insuficientes

($p < .05$) y Estándares Inflexibles ($p < .001$). A mayor valor de estos esquemas mencionados, mayor grado de motivación para realizar nuevas cirugías estéticas.

El tercer objetivo de la investigación (Indagar si existen relaciones significativas entre los EDT con las siguientes variables relacionadas a las cirugías estéticas: cantidad y tipo de cirugías estéticas realizadas y edad y antigüedad de la primera cirugía estética; y si existen relaciones significativas entre las siguientes dos variables sociodemográficas: estado civil y nivel de escolaridad, con la satisfacción con la última cirugía estética y motivación para realizar nuevas cirugías de este tipo) nos permitió arribar a dos grupos de resultados.

Tabla 3. Correlaciones significativas entre EDT con: cantidad de cirugías estéticas, edad y antigüedad de la primera cirugía

		Cantidad de cirugías estéticas	Edad de la primera cirugía	Antigüedad de la primera cirugía
Desconfianza	r	n.s.	-.263	n.s.
	p		.031	
Indeseabilidad Social	r	.277	n.s.	n.s.
	p	.023		
Culpa/Castigo	r	.250	n.s.	n.s.
	p	.041		
Vulnerabilidad frente al daño	r	n.s.	n.s.	-.315
	p			.009

Nota: Solo se expresan en la Tabla aquellas correlaciones significativas ($p < .05$)

En primer lugar, se analizó si existía una correlación significativa entre los EDT y tres variables relacionadas a las cirugías estéticas: cantidad de intervenciones quirúrgicas estéticas realizadas hasta el momento, edad y antigüedad de la primera cirugía, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 3). Con respecto a la cantidad de cirugías estéticas realizadas hasta el momen-

to, se presentaron dos correlaciones significativas positivas de magnitud pequeña ($r < .30$) según Aron & Aron (2001), con los siguientes esquemas: Indeseabilidad Social ($p < .05$) y Culpa/Castigo ($p < .05$): A mayor cantidad de cirugías estéticas realizadas, mayor valor en estos esquemas mencionados. En relación a la edad de las mujeres al realizarse la primera cirugía estética, se encontró una correlación significativa de pequeña magnitud ($r < .30$) (Aron & Aron, 2001) con Desconfianza ($p < .05$): A menor edad al realizarse la primera cirugía estética, mayor valor en este esquema mencionado. Por último, se observa una correlación significativa negativa moderada ($r < .49$) (Aron & Aron, 2001) entre la antigüedad de la primera cirugía estética realizada y el esquema Vulnerabilidad frente al daño ($p < .01$): A mayor antigüedad de la primera cirugía estética, menor valor en este esquema.

Una cuarta variable relacionada a la cirugía estética estudiada fue el tipo de cirugía. Se analizó si existían diferencias significativas entre los tipos de cirugías estéticas y los EDT. Para ello se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney donde se compararon los tipos más representativos: cirugía mamaria ($n = 40$) y rinoplastia ($n = 16$), a partir de la cual no se encontraron diferencias significativas.

Seguidamente se analizó si existían diferencias significativas con los niveles de satisfacción con respecto a la última cirugía estética realizada y de motivación para realizar nuevas cirugías de este tipo en un futuro, en las mujeres de acuerdo a dos variables sociodemográficas: estado civil (solteras y casadas) y nivel de escolaridad (teniendo en cuenta solo los dos grupos más representativos: secundario completo y terciario/universitario completo). Utilizando la prueba no paramétrica U de Mann Whitney no se encontraron resultados significativos.

Discusión

Comenzando por el primer objetivo de la presente investigación, los resultados arrojaron que más de la mitad de las mujeres de la muestra presentan el esquema Estándares Inflexibles activado, lo que equivale a decir, expectativas extremadamente altas respecto a sí mismas con énfasis excesivo en el logro y reconocimiento, incluso a expensas de la felicidad, placer y salud. Las acompaña la creencia de que ninguno de sus logros será suficiente y la dificultad para sentirse satisfechas frente a sus rendimientos, ocupándose de actuar y funcionar cada vez con mayor esfuerzo (Young *et al.*, 2003). Podría decirse que en esta búsqueda del logro y reconocimiento la persona considera lo que la sociedad y la cultura imponen y proponen como ideal. En relación a esto último, se ha reconocido que existe un crecimiento de una cultura de consumismo en donde el culto al cuerpo se ha vuelto un fenómeno de masas y ha asumido una importante dimensión social (Dorneles de Andrade, 2010; Henderson-King & Brooks, 2009). A su vez, se ha concluido que los medios de comunicación masivos juegan un papel esencial en la determinación del ideal de belleza física, en las percepciones y valoraciones acerca del cuerpo en la actualidad y que influyen positivamente la actitud hacia la cirugía estética e incluso promueven a la decisión de llevarla a cabo (Aafjes, 2008; Markey & Markey, 2010; Sharp *et al.*, 2014; Sperry *et al.*, 2009; Swami *et al.*, 2009). A partir de esto, podría conjeturarse que será aquella mujer que presente activado el esquema Estándares Inflexibles quien tenderá a buscar un cumplimiento de estas expectativas e ideales de belleza física que impone la sociedad, tomando los caminos que la misma propone para alcanzarlos, como la cirugía estética, más que aquellas mujeres que no presentan este esquema activado.

Por otro lado, es importante aclarar que son varias las investigaciones previas que centran su atención en los EDT en diversas poblaciones y en relación a diferentes variables. Se han estudiado en jugadores patológicos, homosexuales, hipertensos, depresivos, sujetos con conducta criminal, con problemas interpersonales, pacientes oncológicos, con trastornos de ansiedad y con problemas de consumo de alcohol, entre otros (Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón & Sánchez Ortiz, 2008; Bahamón Muñetón, 2013; Ferrel, Peña, Gómez y Pérez, 2009; Ferrel Ortega, González Ortiz & Mazeneth, 2013; León, Salazar y Puerta, 2013; Londoño *et al.*, 2012; Restrepo y Zambrano Cruz, 2013).

A su vez, también se han estudiado variables psicosociales en relación a las cirugías estéticas tanto en poblaciones que se han realizado cirugías como en poblaciones que no han llevado a cabo ninguna intervención quirúrgica de este tipo. Sin embargo, ninguna investigación ha estudiado los EDT en poblaciones que se han realizado al menos una cirugía estética. Por lo tanto, en futuras investigaciones sería de interés profundizar en ambas variables (EDT y cirugía estética), con el objetivo de conocer aspectos cognitivos en sujetos con cirugías estéticas, generando diversos resultados que permitan ser contrastados.

Avanzando hacia el segundo objetivo de esta investigación, en primer lugar, al analizar si existe relación entre los EDT con la satisfacción de la mujer con su última cirugía estética realizada, se descubrieron dos correlaciones significativas negativas con Estándares Inflexibles y Aislamiento Social. Los resultados permitieron conocer que a mayor valor de estos esquemas, menor es el grado de satisfacción con respecto a la última cirugía estética realizada.

En investigaciones previas se destaca la importancia de detectar mediante un proceso previo a la intervención quirúrgica (Selección del Paciente), pacientes con ciertas características o trastornos psicológicos debido a los bajos niveles de satisfacción que suelen tener ante el resultado de las cirugías estéticas (Chatham, 2012; Dakanalis *et al.*, 2013; Ericksen & Billick, 2012; Harth, 2010; Herrero Zerpa y Rondón, 2004; Khoo, 2009; Koppmann Attoni, 2004; Shridharani *et al.*, 2010; Vitollo, 2009; Ziglianas *et al.*, 2014). Algunos investigadores mencionan expectativas muy altas y demandas irreales en relación a la intervención, lo cual coincide con el esquema Estándares Inflexibles (Koopmann Attoni, 2004; Ziglianas *et al.*, 2014). En relación al esquema Aislamiento Social, patrón cognitivo que genera un sentimiento de estar aislado del resto del mundo, ser diferentes de los demás, y/o no ser parte de ningún grupo (Young *et al.*, 2003), es importante aclarar que no se ha mencionado al aislamiento social como una variable que afecta la satisfacción con respecto a la cirugía estética. Sin embargo, Ziglianas *et al.*, (2014), menciona pacientes con neurosis descompensadas y cuadros de psicosis en relación a insatisfacción con la cirugía. En ambos casos podrían inferirse ciertas fallas en el establecimiento de la conexión con los demás de manera estable, confiable y duradera.

Es importante destacar que en la presente investigación no se encontraron correlaciones significativas entre EDT de la dimensión Desvalorización y la satisfacción con la cirugía estética realizada. La Desvalorización, incluye esquemas relacionados a la expectativa de que uno no será deseable para los demás. Son esquemas que generan el sentimiento de ser intrínsecamente defectuoso y con fallas (Young *et al.*, 2003). Esto último no coincide con aquellas investigaciones en las que se ha destacado que intensas preocupaciones sobre algunas partes

del cuerpo, la insatisfacción corporal y el trastorno dismórfico corporal predicen bajos niveles de satisfacción postoperatoria de los pacientes (Dakanalis et al., 2013; Herrero Zerpa y Rondón, 2004; Ziglinas et al., 2014).

Continuando con el segundo objetivo, tras la satisfacción, se analizó si existe relación entre los EDT con la motivación de la mujer para realizar nuevas cirugías estéticas en un futuro. Se conoció que existen correlaciones significativas positivas con los siguientes esquemas: Dependencia, Deprivación Emocional, Indeseabilidad Social, Incompetencia/Fracaso, Límites Insuficientes y Estándares Inflexibles.

Antes de detallar cada uno de estos esquemas es importante destacar que estos resultados no coinciden con una investigación previa de Pullido Garzón (2015). La misma manifiesta que el esquema Desconfianza/Abuso es el que predice la aceptación de cirugías estéticas en mujeres, entendiendo por aceptación una actitud favorable hacia la misma y motivación para realizarla en un futuro. Sin embargo, es importante aclarar que, por un lado, se trata de mujeres que nunca se han realizado cirugías estéticas y, por otro lado, que el autor arribó a esta conclusión aplicando la versión del cuestionario validada en Colombia que evalúa solo once EDT, dentro de los que faltan dos de los esquemas correlacionados significativamente en la presente investigación: Indeseabilidad Social e Incompetencia/Fracaso.

Estos últimos dos esquemas, pertenecen a la dimensión Desvalorización. El primero de ellos, Indeseabilidad Social, es un esquema que lleva a la creencia de que uno es indeseable para los demás (torpe, sexualmente indeseable, bajo estatus, pobre en habilidades y conversaciones, necio). En segundo lugar, Incompetencia/Fracaso es la creencia de que uno es fracasado (inepto,

sin talento) en relación a los pares, en las áreas de logro (escuela, carrera, deportes, etc.) (Young et al., 2003). Los resultados permitieron conocer que a mayor valor de estos esquemas, mayor grado de motivación para realizar nuevas cirugías estéticas en un futuro. Por un lado, esto coincide con los hallazgos de investigaciones que han indagado acerca de las motivaciones en mujeres para llevar a cabo una mamoplastia. En ellas pueden reconocerse motivaciones que hacen referencia a una desvalorización personal, ser poco deseable y atractivo para el otro, el creerse en menor nivel de competencia en relación a pares y el sentirse diferentes del resto de las mujeres, con inseguridad e incomodidad en situaciones sociales. Partiendo de ello, buscan sentirse más femeninas y atractivas, tener más confianza en sí mismas, sentirse menos tímidas con los hombres, mejorar su vida sexual, facilitar el encuentro de una pareja y conseguir un trabajo (Nikolic et al., 2013; Rubin et al., 2009). Por otro lado, los resultados coinciden con otras investigaciones que han concluido que suele predominar una insatisfacción con la imagen corporal (Acuña, 2010; Carrion, 2011; Pullido Garzón, 2015) y trastornos de la imagen corporal (como el trastorno dismórfico corporal) en sujetos que solicitan cirugía (Chung-Sheng et al., 2010; Dakanalis et al., 2013; Shridharani et al., 2010).

Al esquema Deprivación Emocional también se lo encontró correlacionado de manera positiva con la motivación para realizar nuevas cirugías estéticas. Podría pensarse esta correlación en función de estos hallazgos descritos sobre insatisfacción de la imagen corporal ya que también en la Deprivación Emocional se pone en juego el no ser deseable y ser desvalorizado por el otro: lleva a la expectativa de que los propios deseos de apoyo emocional no serán satisfechos por los otros sintiéndose privado de cariño, protección y empatía (Young et al., 2003).

Por otro lado, en cuanto a las correlaciones positivas entre los esquemas Dependencia, Límites Insuficientes y Estándares Inflexibles y la motivación para nuevas cirugías, podría pensarse que coinciden con los hallazgos de los estudios sobre influencias socioculturales mencionados.

En primer lugar, con respecto al esquema Dependencia, podría inferirse que a mayor valor del esquema, más expuesta se encontrará la persona a funcionar de manera dependiente en el mundo, dejándose llevar por lo que los otros y la sociedad imponen, en este caso, una cultura de consumismo donde el culto del cuerpo se ha vuelto un fenómeno de masas con ayuda de los mensajes de medios de comunicación, promoviendo a diversos procedimientos estéticos (Aafjes, 2008; Dorneles de Andrade, 2010; Henderson-King & Brooks, 2009; Markey & Markey, 2010; Sharp *et al.*, 2014; Sperry *et al.*, 2009; Swami *et al.*, 2009). A su vez, esto coincide con lo hallado sobre la influencia de otros significativos: un sujeto presenta mayor aceptación de las cirugías estéticas si algún miembro de la familia ya se ha realizado al menos una cirugía estética obteniendo buenos resultados (Castañeda *et al.*, 2013).

En segundo lugar, con respecto a la correlación encontrada entre motivación para realizar nuevas cirugías estéticas y Estándares Inflexibles, podría deducirse que la persona que presenta mayor valor en este esquema tenderá a buscar un cumplimiento de estas expectativas extremadamente altas que impone la sociedad con respecto a la belleza física incluso a expensas de la felicidad, placer y salud, estando motivada para realizarse más de una cirugía estética.

En tercer y último lugar, con respecto al esquema Límites Insuficientes, se podría pensar que frente a

esta sociedad descrita, aquella mujer que presente mayor valor en este esquema tendrá mayor dificultad para autocontrolarse y limitarse a solo una cirugía estética. Es decir, al ser sus límites internos insuficientes estaría más propensa a dejarse llevar por el fenómeno de masas en búsqueda del ideal de belleza propuesto.

También encontraron correlaciones significativas entre EDT y variables relacionadas a la cirugía estética.

Con respecto a la *cantidad de cirugías estéticas* realizadas, se presentaron dos correlaciones significativas positivas con Indeseabilidad Social y Culpa/Castigo: A mayor valor en estos esquemas, mayor cantidad de cirugías estéticas realizadas. Son dos esquemas pertenecientes a la dimensión Desvalorización, a partir de los cuales se vive con la expectativa de que no se será deseable para los demás en ninguna de las siguientes formas: atracción física, habilidades sociales, integridad moral, etc. A su vez, en el esquema Culpa/Castigo predomina la creencia de ser moral o éticamente malo e irresponsable y merecedor de crítica o castigo (Young *et al.*, 2003). Por un lado esto coincide con investigaciones previas que concluyeron que suele predominar una insatisfacción con la imagen corporal (Acuña, 2010; Carrion, 2011; Pullido Garzón, 2015) y trastornos de la imagen corporal (como el trastorno dismórfico corporal) en sujetos que solicitan cirugía (Chung-Sheng *et al.*, 2010; Dakanalis *et al.*, 2013; Shridharani *et al.*, 2010). Por otro lado, estando en una sociedad con las características descritas anteriormente: en la que existe un crecimiento de la cultura del consumismo en donde el culto del cuerpo ha asumido una importante dimensión social (Dorneles de Andrade, 2010; Henderson-King & Brooks, 2009) y en donde los medios de comunicación masivos determinan ideales

de belleza física promoviendo actitudes positivas hacia la cirugía estética para alcanzarlos (Aafjes, 2008; Markey & Markey, 2010; Sharp *et al.*, 2014; Sperry *et al.*, 2009; Swami *et al.*, 2009), se podría pensar que aquellos que se sienten desvalorizados, indeseables y errados, tratarán de ser parte de esta sociedad tratando de alcanzar lo que la misma propone: tanto el ideal como los caminos para ello (cirugía estética). Ahora bien, al ser los esquemas estructuras autoperpetuadoras, resistentes al cambio y persistentes a lo largo de la vida (Young *et al.*, 2003), la cirugía no los modificaría y es así como continuaría la conducta del sujeto de realizarse nuevas cirugías estéticas en un futuro en respuesta a estos esquemas de desvalorización.

En relación a los *tipos de cirugías estéticas* es importante destacar que se encontraron tres tipos diferentes: mamoplastias (59,7 %), rinoplastias (23,9 %) y abdomenplastias (3 %). Estos porcentajes coinciden con lo revelado por la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética-ISAPS (2011) que indica que las mamoplastias de aumento se han convertido en el procedimiento quirúrgico más popular (17 %), seguido por rinoplastia (9,4 %) y abdomenplastia (7,3 %). A su vez, aquí no se encontraron diferencias significativas entre los dos tipos de cirugías estéticas más presentes en la muestra (mamoplastia y rinoplastia) con los EDT. Podría pensarse que los tipos de cirugía no dependen de los valores en los EDT. Es importante destacar que estas variables (tipo de cirugía y aspectos cognitivos como EDT) no han sido foco de estudio en investigaciones previas. Por ello, se podría visualizar a este camino de investigación como uno nuevo por comenzar a recorrer.

Con respecto a la *edad de las mujeres al realizarse la primera cirugía estética*, se encontró una correlación signi-

ficativa negativa con el esquema Desconfianza/Abuso: a menor edad al realizarse la primera cirugía, mayor valor en este esquema mencionado. Este resultado podría relacionarse con los hallazgos ya comentados de Pullido Garzón (2015) quien afirma que este esquema es el que predice la aceptación de cirugías estéticas en mujeres. Podría pensarse que la mujer que presenta mayor valor en este esquema tomará la decisión de realizarse una cirugía estética más rápido y temprano en su vida que aquella mujer que presenta bajos niveles en el mismo.

En lo referente a la *antigüedad de la primera cirugía estética* realizada, se observa una correlación significativa negativa con el esquema Vulnerabilidad frente al daño. Es un esquema que lleva a la creencia de que en cualquier momento ocurrirá un suceso sin previo aviso, tales como crisis médicas, emocionales o naturales, que los puede afectar junto con la sensación de que no podrán protegerse del mismo (Young *et al.*, 2003). Los hallazgos permiten decir que a mayor antigüedad de la primera cirugía estética, menor valor en este esquema.

Frente a ello, podría pensarse a la situación quirúrgica como capaz de generar mayores valores del esquema Vulnerabilidad frente al daño, un aumento que, tras la cirugía, con el paso del tiempo, volvería a disminuir. Es de gran importancia aclarar que esto planteado no coincidiría con la característica de rigidez del esquema cognitivo de Beck y Young. Ambos definen al esquema cognitivo como estructura que se mantiene rígidamente y se resiste al cambio, es decir, como un patrón de pensamiento estable y duradero a lo largo de la vida. Agregan que generalmente no suele superarse sin terapia (Beck & Freeman, 1995; Young *et al.*, 2003). A su vez, esta variación coincide con aquellas investigaciones previas con diseño pre-post que buscan conocer el impacto de las

intervenciones quirúrgicas estéticas sobre diversos aspectos psicológicos del paciente. Los hallazgos permiten reconocer diferencias significativas en variables psicológicas entre el antes y el después de la cirugía: disminución de depresión (o sintomatología depresiva) y de niveles de ansiedad, incremento en la valoración subjetiva positiva de la imagen corporal y mejoramiento de la autoestima, calidad de vida y relaciones de pareja (Benito *et al.*, 2010; Eriksen, 2012; Klassen, Jenkinson, Fitzpatrick & Goodacre, 1996; Magdziarz-Orlitz *et al.*, 2012; Moos & Harris, 2009; Rankin *et al.*, 1998; Von Soest *et al.*, 2008; Von Soest *et al.*, 2012).

Finalizando la discusión del tercer objetivo, en segundo lugar, en relación a las variables sociodemográficas, *nivel de escolaridad y estado civil*, se arribó al resultado de que no existen diferencias significativas entre las mujeres solteras y casadas, ni entre mujeres con diferentes niveles educativos, en relación a la satisfacción con la cirugía estética realizada y con la motivación para realizarse más cirugías. Con respecto al estado civil, una investigación concluyó que uno de los motivos que presentan las mujeres solteras para realizarse una mamoplastia de aumento era facilitar el encuentro de una pareja (Nikolic *et al.*, 2013). Partiendo de este hallazgo podría pensarse que se encontrarían diferencias significativas entre mujeres solteras y casadas en función del nivel de motivación para realizar más cirugías estéticas siendo las primeras, las solteras, las más motivadas. Sin embargo esto no coincide con los resultados del presente estudio. Por último, podría pensarse que la satisfacción con la cirugía estética y la motivación para realizar más intervenciones, no dependen de los niveles de escolaridad. Sin embargo, vale aclarar que en la presente investigación la mayoría de las mujeres de la muestra han concluido sus estudios secundarios (44,8 %) y terciarios/universitarios

(53,7 %) siendo solo el 1,5 % aquellas mujeres que no han completado sus estudios secundarios. Sería interesante obtener una muestra más heterogénea en lo que concierne a niveles de escolaridad para lograr un mejor análisis de los datos en futuras investigaciones.

A su vez, si se considera a los EDT como patrones cognitivos desarrollados durante la infancia temprana a partir de un ambiente social y familiar (Young *et al.*, 2003) se estaría considerando a los EDT como estructuras aprendidas durante los primeros procesos educativos. Sería interesante, por lo tanto, considerar en futuras investigaciones, no solo los niveles de escolaridad sino también variables que hacen a la educación temprana para luego establecer correlaciones con variables quirúrgicas.

Para concluir, se encontraron múltiples resultados significativos entre los EDT con las variables analizadas. Algunos permiten afirmar que los EDT no se modificarían a partir de la intervención quirúrgica (como por ejemplo la cantidad de cirugías estéticas), mientras que otros resultados podrían señalar que los EDT son plausibles de sufrir modificaciones (como la relación significativa con la antigüedad de la primera cirugía). Es importante destacar que son varias las investigaciones previas con diseño pre-post que hallaron diferencias significativas en variables psicológicas entre el antes y el después de la cirugía (Benito *et al.*, 2010; Eriksen, 2012; Klassen *et al.*, 1996; Magdziarz-Orlitz *et al.*, 2012; Moos & Harris, 2009; Rankin *et al.*, 1998; Von Soest *et al.*, 2008; Von Soest *et al.*, 2012) sin considerar, ninguna de ellas, los EDT. Podría ser esto un nuevo camino de investigación que permitiría responder a la pregunta de si los EDT se modifican o se mantienen tras una cirugía estética sin realizar psicoterapia.

Referencias

- Aafjes, M. (2008). *Belleza producida y cuerpos maleables*. (Tesis de maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Buenos Aires, Argentina.
- Aron, A., y Aron, E. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Acuña, E.A. (2010). Estructuración psíquica en mujeres con múltiples cirugías estéticas. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 7(3), 1-35
- Adams, J. (2010). Motivational narratives and assessments of the body after cosmetic surgery. *Qualitative health research*, 20(6), 755-767. Doi: 10.1177/1049732310362984
- Agudelo-Vélez, D. M., Casadiegos-Garzón, C. P., y Sánchez-Ortiz, D. L. (2008). Relación entre esquemas maladaptivos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(1), 87-104.
- Akbudak, M., Belli, H., Belli, S., Cim, E.F., Oktay, M.F., Pehlivan, B., y Ural, C. (2013). Psicopatología y comorbilidad psiquiátrica en pacientes que buscan rinoplastia por razones cosméticas. *The West Indian medical journal*, 62(5), 481-486.
- Bahamón Muñeton, M. J. (2013). Relación entre esquemas inadaptativos, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11(2), 89-102.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Benito Ruiz, J., Botella García del Cid, L., y Ribas Rabert, E. (2010). Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicancias para la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 457-472.
- Calogero, R., Pina, A., Park, L., & Rahemtulla, Z. (2010). Objectification theory predicts college women's attitudes toward cosmetic surgery. *Sex Rols*, 63(1), 32-41. Doi: 10.1007/s11199-010-9759-5
- Calogero, R. M., Pina, A., & Sutton, R. M. (2014). Cutting Words: Priming self-objectification increases women's intention to pursue cosmetic surgery. *Psychology of women quarterly*, 38(2), 197-207. Doi: 10.1177/0361684313506881
- Calvete, E., Estévez, A., Lopez de Arrayobe, E., & Ruiz, P. (2005). Schema questionnaire-short form: Structure and relationships with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, (21), 90-99.
- Carrion, C. (2011). Body Dissatisfaction as a mediator of the relationship between disordered eating and cosmetic surgery acceptance among Colombian university students. *Journal of cognitive & behavioral psychotherapies*, 11(2), 143-156.
- Castañeda, I., Londoño Pérez, C., Cabarcas Acosta, K., Arenas Ortegón, A., Cortés Ladino, A., González Rojas, S., y Medina, M. M. (2013). Ansiedad, depresión, afrontamiento y TCA como predictores de cirugías plásticas cosméticas. *Suma Psicológica*, 20(2), 251-261. Doi: 10.14349

- Castrillón, D. A., Chaves, L., Ferrer, A., Londoño, N. H., Maestre, K., Marín, C., & Schnitter, M. (2005). Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-Second Edition (YSQ-L2) en población colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 541-560.
- Cazassa, M.J. (2007). *Mapeamento dos esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire-Short Form* (Tesis de maestría). Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Chatham, D. R. (2012). Avoiding and correcting complications in facial plastic surgery: patient selection. *Facial Plastic Surgery*, 28(3), 253-259. Doi: 10.1055/s-0032-1312704
- Chung-Sheng, L., Su-shin, L., Yi-Chun, Y., & Cheng-Sheng, C. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(9), 478-482. Doi: 10.1016/S1607-551X(10)70075-9
- Cid, J., Tejero, A., & Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del Cuestionario de Esquemas de Young*. (Manuscrito no publicado).
- Dakanalis, A., Di Mattei, V. E., Zanetti, A. M., Clerici, M., Madeddu, F., Riva, G., & Baruffaldi Preis, F. (2013). Personality and body image disorders in cosmetic surgery settings: prevalence, comorbidity and evaluation of their impact on post-operative patient's satisfaction. *European Psychiatry*, 28, 1-1. Doi: 10.1016/S0924-9338(13)77397-8
- Dorneles de Andrade, D. (2010). On norms and bodies: findings from field research on cosmetic surgery in Rio de Janeiro, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 35(18), 74-83. Doi: 10.1016/S0968-8080(10)35519-4
- Eriksen, S. J. (2012). To cut or not to cut cosmetic surgery usage and women's age-related experiences. *International Journal of Aging & Human Development*, 74(1), 1-24. Doi: 10.2190/AG.74.1.a
- Ericksen, W., & Billick, S. (2012). Psychiatric Issues in Cosmetic Plastic Surgery. *Psychiatric Quarterly*, 83(3), 343-352. Doi: 10.1007/s11126-012-9204-8
- Ferrel Ortega, F. R., González Ortíz, J., & Mazeneth, Y. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos y creencias irracionales en un grupo de homosexuales masculinos, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 36-66.
- Ferrel, R., Peña, A., Gómez, N., y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24.
- Ferreres, M., & Manrique, M. (2014). Cirugía plástica, estética y reparadora. En M. E. Manrique (Ed.). *Cirugía*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Glaser, B., Campbell, L., Calhoun, G., Bates, J., y Petroitelli, J. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35(1), 2-13.

- Harth, W. (2010). Psychosomatic disturbances and cosmetic surgery. *European Dermatology*, 5, 77-80. Doi: 10.1111/j.1610-0387.2007.06293.x
- Henderson-King, D., & Brooks, K. (2009). Materialism, sociocultural appearance messages and paternal attitudes predict college women's attitudes about cosmetic surgery. *Psychology of Women Quarterly*, 33(1), 133-142. Doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.01480.x
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6° Ed.). México D.F.: McGraw -Hill Interamericana Editores.
- Herrero Zerpa, R., y Rondón, R. (julio, 2004). Medicina estética y Psiquiatría. *International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery*, 6(2), 20-22.
- Khoo, C. (2009). Risk reduction in cosmetic surgery. *Clinical Risk*, 15(6), 237-240. Doi: 10.1258/cr.2009.090049
- Klassen, A., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., & Goodacre, T. (1996). Patients' health related quality of life before and after aesthetic surgery. *The Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 49(7), 433-438. Doi: 10.1016/S0007-1226(96)90025-9
- Koppmann Attoni, A. (2004). Psiquiatría de enlace y cirugía. *Revista Chilena de Cirugía*, 56(6), 517-522.
- León, A., Salazar, A., y Puerta, D. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos en sujetos con organización de significado personal depresiva. *Revista Katharsis*, 16, 99-120.
- León, K., y Sucari, C. (2012). *Adaptación del cuestionario de Esquemas de Young en adolescentes de dos distritos de Lima Sur* (Tesis de grado). Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Perú.
- Londoño, N., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., Chaves & Castrillón, D. (2012). Young Schema Questionnaire-Short Form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- López Pell, A. F., Rondón, J. M., & Cellerino, C. (2012). Relaciones entre esquemas tempranos inadaptados y afectividad positiva y negativa. *Ciencias Psicológicas*, 6(2), 149-173.
- Magdziarz-Orlitz, J., Gerlicz-Kowalczyk, Z. A., & Dzikowska-Bartkwoiak, B. (2012). Self-reported depression and sense of disease in cosmetic patients. *Advances in Dermatology & Allergology*, 29(4), 267-274. Doi: 10.5114/pdia.2012.30466.
- Markey, C. N., & Markey, P. M. (2010). A correlational and experimental examination of reality television viewing and interest in cosmetic surgery. *Body Image*, 7 (2), 165-171. Doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.006
- Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman, caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).
- Moss T. P., & Harris D. L. (2009). Psychological change after aesthetic plastic surgery. *Psychology, Health and Medicine*, 14(5), 567-572. Doi: 10.1080/13548500903112374

- Mulkens, S., Bos, A. E. R., Uleman, R., Muris, P., Mayer, B., & Velthuis, P. (2012). Psychopathology symptoms in a sample of female cosmetic surgery patients. *International Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 65(3), 321-327. doi:10.1016/j.bjps.2011.09.038
- Nikolic, J., Janjic, Z., Marinkovic, M., Petrovih, J., & Bozic, T. (2013). Psychosocial characteristics and motivational factors in woman seeking cosmetic breast augmentation surgery. *Vojnosanitetski pregled: Military medical & pharmaceutical journal of Serbia*, 70(10), 940-946. Doi: 10.2298/VSP1310940N
- Oshima, F., Nishinaka, F., Iwasa, K., Ito, E., & Shimizu, E. (2014). Autism spectrum traits in adults affect mental health status via early maladaptive schemas. *Psychology Research*, 5, 336-344.
- Piracés, A. (1995). *Cuestionario de Esquemas Desadaptativos Tempranos*. Documento de trabajo. Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Mendoza, Argentina.
- Prado, A., Andrades, P., Sepúlveda, S., Benítez, S., & De Carolis, V. (2005). Cirugía Estética. En P. Andrades & S. Sepúlveda (Eds.), *Cirugía plástica esencial* [versión electrónica]. Recuperado de <http://www.patricioandrades.cl/w/cirugia-plastica-esencial/>
- Pullido Garzón, D. C. (2015). *Factores sociodemográficos y de salud, esquemas maladaptativos y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal como predictores de la aceptación de cirugías plásticas estéticas* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Colombia, Colombia.
- Rankin, M., Borah, G., Perry, A., & Wey, P. D. (1998). Quality of life outcomes after cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 102(6), 50-57.
- Restrepo, A. Y., & Zambrano Cruz, R. (2013). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes hipertensos controlados en Segovia, Colombia. *Pensando Psicología*, 16(9), 69-75. Doi: 10.16925
- Riso, L. P., Du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, Y. E. (2002). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Rodríguez Palacios, A. (2010). ¿Qué es la cirugía plástica? Recuperado de <http://www.rodriquezpalacios.com.ar/cirugia-estetica/que-es-la-cirugia-plastica.html>
- Rubin, L. R., Klassen, A., Cano, S. J., Hurley, K., & Pusic, A. L. (2009). Motivations for breast surgery: A qualitative comparison study of breast reconstruction, augmentation and reduction patients. *Breast Journal*, 15(6), 666-667. Doi: 10.1111/j.1524-4741.2009.00820.x
- Sharp, G., Tiggemann, M., & Matiske, J. (2014). The role of media and peer influences in Australian women's attitudes towards cosmetic surgery. *Body Image*, 11(4), 482-487. doi:10.1016/j.bodyim.2014.07.009
- Shridharani, S. M., Magarakis, M., Manson, P. N., & Rodriguez, E. D. (2010). Psychology of Plastic and Reconstructive Surgery: A Systematic Clinical Review. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(6), 2243-2251. Doi: 10.1097/PRS.0b013e3181f445ae

- Sperry, S., Thompson, K., Sarwer, D., & Cash T. (2009). Cosmetic surgery reality TV viewership: relations with cosmetic surgery attitudes, body image and disordered Eating. *Annals of plastic surgery*, 1(62), 7-11. Doi: 10.1097/SAP.0b013e31871e2cb8
- Swami, V., & Mammadova, A. (2012). Associations between consideration of cosmetic surgery, perfectionism dimensions, appearance schemas, relationship satisfaction, excessive reassurance seeking and love styles. *Individual differences research*, 10(2), 81-94.
- Swami, V., Taylor, R., & Carvalho, C. (2009). Acceptance of cosmetic surgery and celebrity worship: evidence of associations among female undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 869-872. Doi: 10.1016/j.paid.2009.07.006
- Vitolo, F. (2009). Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en cirugía estética. *Biblioteca Virtual Noble*. Recuperado de http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/33.pdf
- Von Soest, T., Kvalem, L., Roald, H.E., & Skolleborg, K.C. (2008). The effects of cosmetic surgery on bodyimage, self-esteem, and psychological problems. *The Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 62(10), 1238-1244. doi:10.1016/j.bjps.2007.12.093
- Von Soest, T., Kvalem, I. L., Skolleborg, K. C., & Roald, H.E. (2009). Cosmetic surgery and the relationship between extraversion and appearance satisfaction: testing a transactional model of personality. *Journal of Research in Personality*, 43(6), 1017-1025. Doi: 10.1016/j.jrp.2009.07.001
- Von Soest, T., Kvalem, I. L., & Wichstrom, L. (2012). Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: a population-based follow-up study among Norwegian females. *Psychological medicine*, 42(3), 617-626. Doi: 10.1017/S0033291711001267
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
- Ziglinas, P., Menger, D., & Georgalas, C. (2014). The body dysmorphic disorder patient: to perform rhinoplasty or not? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 271(9), 2355-2358. Doi: 10.1007/s00405-013-2792-6